Nouvelle série. JUIN 1886. 30e année, no 6.

L'ART DENTAIRE

REVUE MENSUELLE

DE LA CHIRURGIE ET DE LA PROTHÈSE DENTAIRES

RÉDACTEUR EN CHEF ET FONDATEUR

A. PRÉTERRE

CHIRURGIEN DENTISTE AMÉRICAIN, LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDAILLE D'OR UNIQUE AUX EXPOSITIONS UNIVERSELLES DE 1867 ET 1878,
FOURNISSEUR DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC., ETC.

Ne pas avancer, c'est reculer !

SOMMAIRE :

PARIS

29, BOULEVARD DES ITALIENS, 29

NICE, succursale de la maison PRÉTERRE, 5, Place Masséna, **NICE**

New-York, Drs E. et A. PRÉTERRE, 159, Bowery.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
8 fr. par an pour la France, 10 fr. pour l'étranger.




GREFFE PROTHÉTIQUE.

Dans un mémoire présenté à la Société de médecine de Rouen, le 12 avril dernier, notre éminent confrère M. Bugnot, chirurgien dentiste des dispensaires, a écrit ce qui suit :

... Un auteur parle de *greffe prothétique*, nous trouvons dans cette expression une antonymie flagrante.

Le mot greffe, emprunté au vocabulaire de l'arboriculture, a été transporté dans le langage chirurgical avec sa même valeur. Il désigne essentiellement les manifestations vitales également propres à la partie qui reçoit la greffe et au *scion*.

La prothèse est une chose inanimée, artificielle, incapable, en un mot, de participer aux mêmes usages que la partie retranchée, en ce qui touche les connexions nourricières et l'évolution physiologique.

Nous concluons donc que ce terme imagé est impropre, puisqu'une des deux expressions qu'il renferme annihile l'autre, et qu'il doit être rejeté du langage scientifique.

FEUILLETON DE L'ART DENTAIRE.

ODONTIANA.

Aussitôt qu'une femme a ses menstrues, elle est mise dans un local séparé et ne peut avoir aucune communication avec qui que ce soit, pendant les trois jours qu'est censée durer sa souillure. Elle ne peut ni se baigner, ni pleurer, ni se frotter les dents, ni se laver la bouche.

DUBOIS.
(*Mœurs de l'Inde.*)

Dans un renvoi correspondant à ce même terme bizarre, M. Bugnot ajoute :

Ces termes (*greffe prothétique*) peu précis donnent quelquefois lieu à une extension malheureuse ; c'est ainsi que nous avons vu la réclame annoncer, sous ce titre pompeux, la pose de simples dents à pivot.

Ils ne doivent pas être contents MM. les virtuoses de l'annonce par à peu près, ainsi démasqués devant une réunion de savants — qui n'est pas une Académie fantastique.

A. PRÉTERRE.

LA DENTITION (*suite*).

par le Dr FABRE.

Après la fièvre, le vomissement et la diarrhée sont les accidents les plus fréquents de la dentition. Si le premier n'est pas toujours l'indice d'une gastrite, il prouve du moins une surexcitation assez vive de l'estomac ; aussi ne peut-il ordinairement être combattu que par la diète, les

---

On lit dans le *Spectateur*, au cours d'un feuilleton intitulé « les étudiants d'Heidelberg » : « Ouf ! répondit Melchior, qui, pour calmer ses rudes émotions, *n'avait cessé de boire* durant la route *et n'avait point desserré les dents.* »

LE BIBLIOPHILE RADO.

*
* *

En omnibus.

Bébé se démène comme un beau diable, et sa maman ne peut lui faire entendre raison; il veut quelque chose, il faut le lui doner.

— Voyons, mon chéri, sois raisonnable. Je te donnerai autre chose; mais ça, c'est impossible.

boissons émulsives, tout au plus légèrement aromatisées avec l'eau de fleurs d'oranger ou de tilleul. Quant à la diarrhée, on la regarde généralement comme favorable, lorsqu'elle est modérée, parce qu'elle procure, disent les uns, une déplétion utile; parce que, disent les autres, elle dissémine l'irritation des voies digestives sur une plus grande surface. « Mais quand elle arrive à un degré tel que les aliments et les boissons passent presque sans altération d'un bout du tube digestif à l'autre (lientérie), quand des matières très liquides, vertes ou séreuses, sont fréquemment expulsées, quand surtout le vomissement se joint à cette surabondance de déjections alvines, l'enfant ne tarde pas à s'affaiblir et peut succomber promptement si l'on n'arrête cette fâcheuse complication. » Les fomentations sur le ventre, une ou deux sangsues, les lavements avec le lait, le jaune d'œuf délayé, la fécule, les mucilages et quelquefois un peu de sirop diacode, sont les moyens les plus appropriés à la circonstance.

Le flux diarrhéïque se rencontre quelquefois seul; mais, souvent aussi, le vomissement coïncide avec lui et lui succède promptement, de sorte que, dans la plupart des cas, l'une de ces maladies n'est que le premier degré de l'autre.

— Qu'est-ce qu'il veut donc, cet amour ? demande un vieux monsieur, qui s'intéresse en réalité plus à la jeune mère qu'au désagréable moutard. Il faut le satisfaire.

— Cela dépend de vous, monsieur, lui répond vertement celle-ci; c'est votre râtelier qu'il me demande.

Domino.

*
* *

On parle de l'inutilité des précautions exagérées en temps d'épidémie.

— Tenez, dit Guibollard, un exemple frappant. J'ai eu un ami très

Ces deux principaux symptômes réunis constituent, aux yeux de M. Guersant, une maladie particulière, « beaucoup plus commune à la sortie des racines et des molaires que des dents antérieures, » et que M. Dugès dit avoir observée plus souvent « chez les enfants déjà sevrés que chez ceux qui sont encore à la mamelle. » Cette affection devient quelquefois mortelle dans l'espace de trois ou quatre jours, et l'autopsie cadavérique ne montre pas qu'elle soit, aussi souvent qu'on l'avait cru dans ces derniers temps, une véritable gastro-entérite. Aussi les embrocations laudanisées, les lavements opiacés, les sinapismes et les vésicatoires ont-ils quelquefois été plus utiles qu'un traitement antiphlogistique.

Mais, de tous les phénomènes morbides qui compliquent si souvent la dentition, il n'en est pas de plus dangereux ou du moins de plus effrayants que les convulsions. La douleur, l'extrême agitation et l'insomnie en sont les premiers degrés ; aussi la persistance et l'intensité de ces trois états sont-ils généralement d'un fâcheux augure.

Comme le traitement des convulsions sympathiques de la dentition diffère peu de celui des convulsions essentielles, nous nous bornerons à dire ici que les enfants nés de

---

pointilleux, très ferré sur l'hygiène, très soigneux de sa santé. Dès qu'il avait un point noir sur une dent, il se la faisait plomber...

— Eh bien ?

— Eh bien, cela ne l'a pas empêché de mourir de la poitrine...

(*Moniteur de la médecine.*)



On ne peut pas plus dire qu'on souffre de la tête, que du chapeau ou du bonnet. Les dents ne souffrent jamais réellement. Il n'y a jamais eu une chose telle que le mal de dents depuis la création de l'homme.

parents faibles et nerveux, paraissent y être plus sujets; que cette affection se borne, quelquefois aux muscles des yeux et de la face, mais qu'elle envahit quelquefois les membres supérieurs et même les inférieurs, enfin que c'est particulièrement dans les antispasmodiques, comme la valériane, le camphre, le castoréum, l'oxyde de zinc; dans les saignées locales, comme les sangsues appliquées derrière les oreilles ou aux tempes, et dans les révulsifs, comme les lavements purgatifs, les pédiluves irritants et les vésicatoires, qu'il faut chercher les moyens thérapeutiques appropriés.

2° *Deuxième dentition, phénomènes normaux.* — La deuxième dentition se compose de deux choses : la chute des dents temporaires et la sortie des dents de remplacement aussi appelées persistantes. Mais avant que ce double travail s'effectue, vers la sixième année environ, aux vingt dents de lait viennent s'ajouter quatre dents qui ne seront pas remplacées; ce sont les premières grosses molaires, dont l'apparition établit en quelque sorte le passage entre la première et la deuxième dentition.

Ce n'est guère qu'un an plus tard, c'est-à-dire de six ans à sept ans et même à huit, que les incisives centrales inférieurs s'ébranlent, se détachent ou sont arrachées au moin-

---

Les dents ont été faites pour la mastication des aliments, et il est au delà de leur fonction et de leur pouvoir de souffrir. La paralysie n'a pas son siège dans le corps. C'est tout simplement une perte du désir et de la volonté qui sont les principes spirituels du mouvement. Et ainsi des autres maladies.

R.-P. ÉVAN.
(*The primitive Mind-cure.*)



Les docteurs thalmudistes savaient très bien que les herbivores n'ont pas les mêmes dents que les carnivores. On lit dans une *Beraïtha*

dre effort ; elles sont bientôt remplacées par des dents plus larges et plus fortes, surtout en haut ; de telle sorte que le renouvellement des vingt dents de la première dentition se fait dans le même ordre que leur éruption, mais avec encore bien plus de lenteur et d'irrégularité, et ce n'est qu'après ce renouvellement, c'est-à-dire vers onze ou douze ans, que paraît la deuxième grosse molaire. Quant à la troisième, qu'on nomme assez communément *dent de sagesse*, elle sort rarement avant vingt et un ans ; son apparition est quelquefois bien plus tardive encore, et il n'est même pas rare qu'elle manque tout à fait.

Quant au mécanisme suivant lequel s'effectue le remplacement des dents, il a été diversement expliqué ; mais tout ce qu'il importe de savoir, c'est qu'à mesure que les dents de la deuxième dentition prennent plus de développement, les racines des dents temporaires, et assez souvent l'intérieur de leur couronne, se trouvent absorbés. Cette absorption commence quelquefois à la pointe et gagne le collet de la dent, qui s'ébranle alors, tombe ou est aisément expulsée de l'alvéole, à laquelle elle n'adhère que faiblement, puisque, dans la plupart des cas, les doigts suffisent pour en faire l'extraction.

---

que presque tout quadrupède qui n'a pas les dents (des carnivores) est un ruminant et par conséquent pur.

La Ghermara objecte que le chameau n'a pas non plus ces dents, et il n'est pas pur.

Dr RABBINOWICZ.
(*Médecine du Thalmud.*)

*
* *

Les mêmes docteurs connaissaient les dents artificielles. On peut s'en assurer dans le traité *Schabat*, fol. 64.

(*Id.*)

Phénomènes morbides. — Les accidents qui peuvent survenir à l'époque de la deuxième dentition sont bien loin d'être aussi graves que ceux qui accompagnent assez souvent la première. Les désordres locaux étant les mêmes, réclament les mêmes moyens de traitement. Quant aux affections sympathiques, ce sont ordinairement des congestions sanguines, des hémorrhagies nasales, un ptyalisme muqueux et quelquefois sanguinolent, l'engorgement des ganglions lymphatiques cervicaux, certaines maladies des yeux ou des oreilles, des éruptions au cuir chevelu ou à la face. Les affections catarrhales et les diarrhées inflammatoires et séreuses, qui signalent si souvent la marche de la première dentition, ne se rencontrent presque jamais à l'occasion de la deuxième; mais aussi, par une triste compensation, on croit assez généralement que cette dernière favorise le développement des scrofules et du rachitisme.

Ce que nous avons dit de l'incision des gencives, comme moyen propre à favoriser la sortie des premières dents, s'applique tout à fait à la sortie des dents de remplacement; cette opération ne doit être pratiquée qu'avec une certaine réserve; nous disons des dents de remplacement, car les grosses molaires qui, bien qu'appartenant à la seconde dentition, ne succèdent pas à d'autres, déterminent quelquefois par leur sortie des accidents fâcheux qui cessent dans bien des cas, seulement lorsqu'on incise la gencive, ou même lorsqu'on en enlève toute la portion qui recouvre la dent. Si la bouche était contractée de manière à ne pouvoir être suffisamment ouverte, on poserait des sangsues derrière les oreilles, on prescrirait des bains de pieds et des cataplasmes émollients,

Quand les douleurs se déclarent à l'occasion de la sortie de la dent de sagesse, on ne les fait quelquefois cesser

pu'en enlevant soit cette dent, souvent trop serrée entre l'apophyse coronoïde et la seconde grosse molaire, soit cette dernière dont la place ne tarde pas à être occupée par la dent de sagesse elle-même. L'expérience nous a même prouvé que c'est à ce dernier parti qu'on devait, dans bien des cas, donner la préférence, mais à la condition expresse que la dent de sagesse soit parfaitement saine.

D[r] Fabre.

DE QUELQUES SOINS A PRENDRE APRÈS L'EXTRACTION DES DENTS.

Par le D[r] Th. David.

M. le docteur Th. David publie, dans la *Gazette hebdomadaire*, l'article suivant :

Il est peu de praticiens qui n'aient été frappés des accidents inflammatoires survenant quelquefois dans les cavités alvéolaires, à la suite des extractions dentaires les plus simples, les plus habilement exécutées, en même temps que de l'innocuité de certaines extractions laborieuses, pour lesquelles on serait *à priori* disposé à craindre des suites fâcheuses.

En examinant bien les faits, en comparant les conditions anatomiques de divers cas, nous nous sommes depuis longtemps convaincu que les accidents inflammatoires sur lesquels nous allons insister ne sont, le plus souvent, dus qu'à l'omission des soins les plus élémentaires.

Ces soins sont méconnus, ignorés de bon nombre de praticiens, même des meilleurs ; ils sont passés sous silence par les auteurs, qui n'ont évidemment pas cru devoir les indiquer, à cause de leur banalité, de leur simplicité.

Leur ignorance souvent constatée et l'extrême fréquence des accidents qu'elle a provoqués nous ont engagé à attirer sur eux l'attention.

Lorsque les racines sont déchaussées (maladie de Fauchard, périostiste, sénilité des dents) ou usées (dents de lait), l'ouverture gingivale, après l'extraction, se ferme très rapidement, quelquefois en vingt-quatre heures, souvent en deux ou trois jours. La réunion se fait ainsi rapidement parce qu'il n'y a presque pas d'alvéole à éliminer, partant pas de suppuration. Il n'y a, en réalité, qu'une plaie de la gencive, dont l'extrême vascularité favorise la rapide cicatrisation.

Les choses sont tout autres lorsqu'on arrache une dent dont la racine est intacte et fortement implantée dans son alvéole encore normale.

Rappelons que la plaie cavitaire consécutive à l'extraction se ferme par bourgeonnement des surfaces, après :

1° Une nécrose plus ou moins étendue des procès alvéolaires;

2° Une ostéite condensante du fond de l'alvéole.

Tant que ces deux processus d'ordre inverse, quoique concomitants et se rattachant à la même lésion pathologique (la dénudation du tissu osseux pour l'extraction), ne sont pas terminés, tant que la petite portion d'os nécrosé n'est pas éliminée, il se produit dans l'alvéole une suppuration plus ou moins abondante qui, en s'écoulant au dehors, empêche la cicatrisation de la muqueuse.

Ce travail dure, en général, un mois et davantage, suivant les cas. La portion d'os à éliminer est souvent si petite qu'elle reste inaperçue; d'autres fois, elle est plus volumineuse, et alors la réparation est d'autant plus longue.

Examinons maintenant en détail la succession de ces phénomènes pathologiques après une extraction ordinaire.

Celle-ci pratiquée, il y a d'abord une hémorrhagie plus ou moins forte, qui s'arrête par la formation d'un caillot remplissant toute l'alvéole. Le lendemain, le caillot devenu épais et résistant se trouve pour ainsi dire enchatonné par la gencive, qui, en vertu de son élasticité, s'est resserrée comme pour se refermer. Ces deux phénomènes, formation et condensation du caillot, resserrement de la gencive, ont pour résultat une obstruction de l'ouverture alvéolaire. Cette obstruction se produit dans des conditions et avec des effets variables, suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre mâchoire.

A la mâchoire supérieure, elle n'est jamais si hermétique que, par capillarité et en vertu des lois de la pesanteur, les liquides alvéolaires ne puissent sortir. Aussi, de ce côté, les suites de l'opération sont-elles ordinairement bénignes et passent-elles inaperçues. Elles s'accompagnent, toutefois, d'accidents inflammatoires dans un certain nombre de cas, mais au niveau des grosses molaires seulement. Là, en effet, à cause sans doute des anfractuosités des loges radiculaires, l'écoulement ne s'effectue pas toujours très librement; il peut y avoir arrêt, rétention du pus au fond d'une des alvéoles.

A la mâchoire inférieure, les conditions physiques sont entièrement défavorables à l'écoulement. Les liquides, en supposant que l'ouverture alvéolaire soit perméable, ne se déversent dans la cavité buccale que par trop-plein ou à la faveur de la succion et des divers mouvements de la mâchoire. Ils font toujours, par conséquent, sur la surface osseuse, un séjour plus ou moins prolongé.

Dans la plupart des cas, le caillot sanguin finit par être

dissocié et entraîné vers le deuxième, troisième, quelquefois quatrième jour. Alors la suppuration s'écoule librement; le processus de réparation alvéolaire s'opère sans poussée inflammatoire et sans douleur. La fermeture de la gencive au-dessus de la nouvelle couche osseuse termine cette série de phénomènes pathologiques. Mais à côté de ces cas normaux, il faut compter ceux qui empruntent à des conditions anatomiques particulières une allure différente et quelquefois grave.

En effet, lorsque l'élimination ne se fait que d'une façon insuffisante, la rétention du pus au fond de l'alvéole devient, pour le tissu osseux, une cause, sinon de nouvelle inflammation, du moins d'aggravation du processus déjà existant ; elle détermine ainsi des poussées inflammatoires plus ou moins intenses que nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer.

Il survient alors, deux ou trois jours après l'extraction, des douleurs sourdes d'abord, plus vives ensuite, continues, accompagnées de gonflement des parties voisines, et quelquefois de fièvre. C'est une véritable fluxion, par ostéite périalvéolaire. Lorsqu'à ce moment les malades reviennent nous consulter, pensant que nous n'avons pas bien arraché la dent ou que nous avons fracturé un morceau d'os, nous n'avons qu'à déboucher l'alvéole, enlever le caillot sanguin ou le bouchon alimentaire qui l'obstrue. Aussitôt nous voyons sourdre un filet de pus, et le calme revient rapidement.

Quelquefois les choses sont plus graves : par exemple, au niveau des dents de sagesse inférieures. Là, en effet, les extractions sont assez souvent laborieuses, puisqu'on les pratique ordinairement en plusieurs temps, à l'aide de leviers et de pinces. Mais la raison principale, c'est que la gencive qui recouvre cette dent en arrière est très épaisse, et

vient former une sorte d'opercule à l'alvéole, qui est, en outre, obliquement dirigée en arrière dans l'angle de la mâchoire.

Pour ces deux raisons, la rétention du pus dans cette cavité est presque forcée ; le nettoyage de celle-ci ne se fait d'ailleurs que très difficilement, même à l'aide des moyens que nous indiquerons. Aussi peut-on y constater bientôt des phénomènes d'ostéite assez graves, à cause de leur siège, suivis de nécrose partielle du bord alvéolaire.

Nous avons assez souvent observé de pareils accidents pour les prévoir et les prédire au besoin, afin d'engager les malades à les prévenir ou à les combattre. Par cela même nous ne laissons point supposer que l'opération a été mal faite. Car, en pareil cas, on croit volontiers l'opérateur en faute ; on l'accuse d'avoir déterminé une fracture alvéolaire, d'avoir enlevé un morceau d'os ou laissé un morceau de dent, ce qui, pour le public, est une preuve de maladresse impardonnable. Nous avons même reçu plusieurs fois de pareils reproches de la part de confrères convaincus que nous leur avions fracturé maladroitement la mâchoire. Or, les phénomènes d'ostéité qu'ils éprouvaient n'étaient que le résultat de la rétention de pus.

Sans doute, ces complications peuvent survenir et avec plus d'intensité, lorsqu'un fragment osseux a été détaché avec la dent. Tous ces accidents peuvent être combattus et évités par les moyens suivants :

Le lendemain de l'extraction, ou plus tôt même, si la gencive paraît enflammée et s'il survient des douleurs vives, il faut, avec des pinces, un cure-dent, une épingle ou autre instrument mousse quelconque, enlever le caillot fibrineux qui bouche l'ouverture alvéolaire. Le lavage de la cavité buccale pratiqué deux ou trois fois par jour, surtout après

les repas, avec de l'eau aiguisée d'eau de Botot ou d'une eau dentifrice quelconque, suffira, en général, pour les extractions des dents supérieures. De cette façon, les liquides intra-alvéolaires et les corps étrangers, qui peuvent irriter la plaie cavitaire, seront suffisamment entraînés pour que leur séjour ne puisse provoquer d'inflammation.

Pour les dents inférieures et certaines molaires supérieures, ces lavages seront insuffisants; il faudra leur adjoindre des injections antiseptiques faites à grande eau, et avec un jet assez fort dans la cavité alvéolaire elle-même. On pourrait encore pratiquer des nettoyages avec des morceaux d'éponge ou des boulettes d'ouate portés au bout d'une sonde; mais il sera bon de procéder doucement, pour ne pas faire saigner les parties et détruire les bourgeons charnus.

A l'aide de pareils moyens, il est peu à craindre que les accidents inflammatoires précédemment signalés puissent se produire. Ces mêmes moyens prophylactiques auraient vite raison des accidents déjà développés. Si, cependant, la gencive avait une tendance à fermer l'orifice, il serait bon de la refouler en dehors à l'aide de boulettes d'ouate; parfois il faudra même l'exciser ou la cautériser, jusqu'à ce que le processus réparateur ait fait son évolution complète dans le fond de l'alvéole.

Les injections antiseptiques que nous conseillons de préférence, sont les suivantes :

1°	Acide borique.	2	grammes.
	Eau.	100	—
2°	Hydrate de chloral.	1	—
	Eau.	100	—

On peut employer d'ailleurs toutes les solutions antiseptiques légères qui sont habituellement prescrites pour le pansement des plaies.

Dr DAVID.

DENTITION, SON ROLE DANS LA PATHOLOGIE INFANTILE.

Par le Dr SÉJOURNET.

M. le Dr Séjournet, de Revin, publie dans la *Revue des maladies de l'enfance*, un mémoire dans lequel, sans attribuer à la dentition une influence aussi considérable que quelques médecins le font, conclut aussi qu'elle joue, dans la pathologie infantile, un rôle complexe, variable selon les sujets, selon leur âge, leur constitution, leur hygiène et leur hérédité : en somme, les accidents d'origine dentaire sont un produit dont la dentition n'est le plus souvent qu'un des facteurs.

Pour ce qui est des convulsions, par exemple, M. Séjournet montre par de nombreux exemples qu'elles sont beaucoup moins fréquentes chez les enfants qui ont été nourris au sein que chez ceux qui ont été élevés au biberon et alimentés prématurément. C'est ainsi que dans une même famille, il a vu ceux qui étaient élevés au sein ne pas souffrir de la dentition, alors que ceux qui étaient élevés autrement présentaient de graves accidents.

Les tableaux dressés par M. Séjournet au moyen de nombreuses observations montrent aussi que l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie des convulsions d'origine dentaire, et que les enfants dont les parents ont eu des accidents nerveux y sont plus particulièrement prédisposés.

Ce sont les troubles gastro-intestinaux, l'alimentation impropre, qui jouent aussi le rôle de cause prédisposante dans le cas d'accidents du tube digestif. Enfin les accidents qulmonaires, comme la congestion ou le catarrhe, s'ils ne sont pas produits directement par la dentition, surviennent

beaucoup plus facilement à cette période sous l'influence du moindre refroidissement.

Il semble même que la dentition, alors qu'elle ne se manifeste par aucun phénomène morbide, ait cependant une certaine influence sur l'enfant, et même sur sa santé, du moins sur sa nutrition en général. M. Séjournet signale à ce propos le symptôme des *urines laiteuses* qu'il a remarquées au moins dans les trois quarts des cas; elles peuvent se rencontrer, il est vrai, dans les simples embarras gastriques, mais elles se rapportent si fréquemment à la dentition, que les mères elles-mêmes sont averties de cet acte physiologique quand elles voient que leur enfant *pisse tout blanc.* Il s'agit ici d'une urine fébrile, sans autre particularité que sa coloration. Aussi quand un enfant arrivé à l'âge de la première dentition devient malade et présente des symptômes assez graves pour donner le change sur la nature de sa maladie, il est bon d'examiner les urines et d'en rechercher la coloration, car la teinte laiteuse est un argument en faveur des troubles d'origine dentaire.

Pour ce qui est du pronostic de la dentition, on ne peut pas le considérer comme sérieux, car les accidents qu'elle produit n'entraînent presque jamais la mort.

(*Journ. de méd. et de chir.* et *le Scalpel.*)

L'ÉPULIS ET SON TRAITEMENT.

Par le Dr PHILIPPEAU.

Le Dr Philippeau a consacré un excellent travail inaugural à l'étude intéressante de l'épulis.

Les anciens auteurs ont décrit sous le nom d'épulis plu-

sieurs sortes de tumeurs distinctes au point de vue anatomique aussi nettement que par leur évolution clinique.

Parmi les tumeurs qui se développent sur le bord alvéolaire des mâchoires, le sarcome est une des plus fréquentes. Ce sarcome peut offrir plusieurs variétés : on y rencontre presque exclusivement le sarcome myéoloïde, tumeur à médullocelles et à myéloplaxes de Robin et le sarcome ossifiant.

Il y a avantage pour la simplicité de la description à conserver exclusivement le nom d'épulis à ces tumeurs sarcomateuses qui, par leur fréquence, leur gravité relative et leurs symptômes spéciaux, occupent le premier rang dans les affections des gencives.

L'épulis, sarcome développé le plus souvent aux dépens de la couche profonde du périoste, ne doit pas être confondu avec l'ostéosarcome qui a pris naissance dans l'épaisseur même du maxillaire.

Le pronostic de l'épulis est sérieux, parce que le sujet, atteint d'infection ganglionnaire, peut succomber à la généralisation du sarcome. Il faut donc expliquer le néoplasme complètement. Faire une extirpation trop parcimonieuse, c'est compromettre inutilement un succès opératoire facile. Il faut faire la résection du bord alvéolaire soit avec la triquoise, soit avec les cisailles de Liston. On emporte ainsi et la muqueuse et l'os qui supporte le pédicule. L'opérateur doit ensuite porter sans crainte le fer rouge sur toute la surface de la plaie. Cette manière d'agir présente deux avantages. L'hémostase est immédiatement assurée, et le cautère détruit les éléments anatomiques d'où pourrait renaître le tissu morbide. On prescrira ensuite au malade des gargarismes phéniqués au centième, ou même à un titre moins élevé, si cette solution est difficilement supportée. Les bourgeons charnus seront surveillés avec soin, surtout si l'on a lieu

de craindre que l'intervention n'ait pas été assez radicale. On devra enfin nourrir le patient, d'abord avec des aliments liquides, puis rapidement avec les viandes les plus substantielles.

(*Revue de thérapeutique.*)

AFFECTIONS DE LA BOUCHE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

Par le Dr Ebstein.

Le professeur Ebstein (*Prager medizin Wochensch*) a trouvé, sur 400 enfants âgés de 8 à 10 jours observés à la Maternité de Prague, que 52 0/0 étaient atteints d'aphtes. La cause de cette affection lui paraît due à un traumatisme portant sur la muqueuse des nouveau-nés et produit lorsqu'on lave la bouche de l'enfant au moyen d'un linge enveloppant le doigt indicateur. Cette pratique détache souvent l'épithélium et produit parfois de petites hémorrhagies, surtout lorsque la muqueuse est déjà atteinte de muguet ou d'une inflammation catarrhale.

A la Maternité de Prague, certains genres de maladie de la bouche se retrouvaient toujours chez les enfants confiés aux soins des mêmes infirmières. Ebstein, ayant fait suspendre pendant plusieurs mois tout lavage de la cavité buccale chez les nouveau-nés du service du professeur Breiski, constata une énorme diminution de la fréquence des maladies de la bouche.

Dans les cas où la stomatite était déjà déclarée, les meilleurs résultats thérapeutiques ont été obtenus par l'emploi de badigeonnages avec une solution de sublimé à 4 pour 7000 (*France médicale*).

PÉRIOSTITE ALVÉOLAIRE COMPLIQUÉE DE PHLÉBITE DES SINUS DE LA DURE-MÈRE,

Par le Dr COLOMBE.

M. le docteur Colombe (de Lisieux) rapporte dans la *Revue des maladies de l'enfance* un fait qui montre que les suppurations de la bouche peuvent avoir chez les enfants beaucoup plus de gravité qu'on ne le croit généralement. Il s'agit d'un enfant de dix ans, ayant toutes les dents de la mâchoire supérieure malades, et chez lequel se produisirent consécutivement un abcès de la voûte palatine et un gonflement inflammatoire étendu jusqu'à la région sous-hyoïdienne; puis sur la joue les veines se dessinèrent sous forme d'un cordon dur, se terminant à l'arcade transversale de la racine du nez ; des frissons répétés et des accidents cérébraux se produisirent et le malade succomba rapidement.

Le diagnostic de phlébite des sinus du crâne ne peut guère être contesté ici, bien que ces cas soient assez rares. M. Magitot a réuni dans son article du Dictionnaire un certain nombre de cas de mort survenus dans les mêmes conditions. Les observations les plus connues sont celles de M. Guyon et de M. Demons (de Bordeaux).

(*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

VARIA

Alliages fondant à des températures peu élevées.

Température de fusion.	Plomb.	Étain.	Cadmium.	Bismuth.
95° 0 c.	250	500	»	500
89° 5 c.	397	»	»	532
76° 5 c.	344	94	62	500
68° 5 c.	260	148	70	522
65° 8 c.	249	142	108	501
63° 0 c.	267	133	100	500

Pour préparer ces alliages dans les proportions indiquées ci-dessus, on fond dans un bain de stéarine à 370°, successivement le plomb (325°), le cadmium (315°), le bismuth (260°), l'étain (230°), en ayant soin d'incorporer successivement ces derniers pendant le refroidissement.

A la température ordinaire, ces alliages sont durs et cassants, et ils ne se ramollissent pas avant que leur point de fusion soit atteint.

(*Electrotechnische Zeitschrift.*)



L'art dentaire au Japon.

Au meeting de la Société odontologique de la Grande-Bretagne, le docteur Georges Elliott a présenté de très curieux et forts intéréssants spécimens de dents artificielles fabriquées au Japon. Les Japonais sont les seuls peuples

asiatiques qui comprennent et pratiquent la mécanique dentaire. Ils ont pris leurs données scientifiques dans cette importante branche médicale chez leurs voisins les Chinois, mais ils n'ont pas tardé à distancer leurs professeurs, chez qui la fabrication de la dent artificielle est encore inconnue. Les Chinois savent pertinemment enlever une incisive et mettre une autre dent à la même place pour la suppléer, mais leurs produits ne sont là réellement que comme simple ornement, alors que les produits des Japonais sont exclusivement pour l'usage.

Un médecin anglais, en mission au Japon, constatait dernièrement, à ce sujet, que si les dents fabriquées hors du pays ressemblaient plus en réalité aux dents naturelles, celles sortant des manufactures japonaises, par contre, résistaient bien plus à l'usage et brisaient, sans danger pour leur solidité même, les corps les plus durs. Leurs dentiers sont fabriqués sur base de bois ; les dents sont faites avec une pierre du pays analogue à l'ivoire; elles sont jointes et retenues entre elles par de petits clous en cuivre.

J. de P. S.

*
* *

Procédé pour rendre au caoutchouc, durci par une longue inaction, sa souplesse primitive.

Le caoutchouc laissé inactif pendant un certain temps subit une transformation, surtout le caoutchouc vulcanisé, qui, en lui donnant de la raideur, le rend impropre aux usages qui réclament de lui une parfaite souplesse.

Plusieurs moyens ont été indiqués, ils sont pour la plupart insuffisants ! En voici un qui nous a réussi et c'est avec empressement que nous le communiquons à nos confrères.

Il suffit d'enduire le caoutchouc altéré d'une légère couche de vaseline, puis de le chauffer sur la flamme d'une lampe à alcool sans toutefois le brûler ; lorsqu'il est bien chaud, on le retire de la flamme ; après cinq minutes d'attente destinée à laisser la vaseline le pénétrer complètement, on recommence l'opération et on laisse refroidir, on l'essuie avec un linge et on l'abandonne pendant quelques heures pour faire disparaître par absortion l'aspect poisseux.

Le caoutchouc aura repris sa souplesse primitive, surtout si c'est du caoutchouc noir. Si le caoutchouc est friable, c'est-à-dire si en le pliant il se forme des gerçures à la surface, la désagrégation, alors trop avancée, empêchera le caoutchouc de reprendre son état primitif.

L. SAUSSINE,
Médecin dentiste,
professeur à l'École dentaire de France.

***

Aluminium à bon compte.

Ce métal, relativement moderne, fut découvert en 1828 par Wôhler, qui le recueillait à l'état de poudre grise. En 1855, Sainte-Claire-Deville, à Paris, commença le premier à le fabriquer en grand. Ses produits, admis à l'Exposition universelle de 1867, attirèrent beaucoup l'attention des métallurgistes bien que le nouveau métal ne fût encore qu'une curiosité, vu son prix de revient élevé. Pendant les années suivantes, cette fabrication se développe de plus en plus, et, on obtient, dès 1877-1878, de très beaux résultats, surtout dans les alliages. C'est toujours la France qui a tenu la tête de cette industrie.

Aujourd'hui, on nous communique qu'un inventeur amé-

ricain, M. Frishmuth, à Philadelphie, est arrivé, après vingt-huit ans d'études et d'essais, à produire l'aluminium au prix de 12 fr. 50 le kilo environ, ce qui représente un peu moins du dixième du prix actuel. Il traite certaines argiles, surtout le cryolithe, par les combinaisons du sodium et du carbone; il en recueille les vapeurs dans des cornues. Il parvient, ainsi, à produire un aluminium plus pur et plus blanc que celui obtenu jusqu'ici. Sa pesanteur spécifique est de 2,73.

Des capitaux anglais se sont associés à l'affaire après des expériences très étendues, présidées par M. R. Scaver, inspecteur général des mines, et, il est à supposer que la grande légèreté de l'aluminium permettra de l'introduire dans bien des applications d'où, seul, son prix de revient l'avait exclu jusqu'à ce jour.

(*Moniteur des Inventions industrielles.*)



Exposition Internationale de 1886.

On parle beaucoup de l'Exposition internationale de la *Société nationale des Sciences et des Arts industriels*, qui doit s'ouvrir en juillet et qui sera comme le complément des fêtes du Commerce et de l'Industrie.

Le but essentiellement philanthropique de la Société a attiré les plus grands noms de l'industrie parisienne, et tout fait prévoir un brillant succès à cette exposition.

L'*Hygiène* et l'*Alimentation* y occuperont une place considérable, en raison de l'intérêt que porte le public à ces questions.

Le groupe de l'*Hygiène*, particulièrement, est placé sous

le haut patronage d'un Comité composé des personnalités les plus autorisées du corps médical.

C'est notre confrère, M. Louis Bourne, directeur du *Travail*, dont la compétence en cette matière est reconnue, qui a été chargé par la *Société nationale des Sciences et des Arts industriels*, dont il est le Délégué général, de l'organisation de ces deux groupes importants, et c'est dans ses bureaux, 2, *rue de Provence*, que nos lecteurs trouveront tous les renseignements concernant lesdits groupes : *Hygiène — Alimentation.*

BIBLIOGRAPHIE

Du Spasmodisme, par le Dr *Armand de Fleury*, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, etc. Bellier, éditeur, 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Dans cet ouvrage, l'auteur qui est un clinicien habile, note avec une grande exactitude les nuances des diverses contractures et arrive à séparer nettement le spasme de la convulsion. Il institue, en même temps, une médication qui varie selon les formes de la contracture. Epilepsie et hystérie sont les deux termes de comparaison. Nous recommandons le travail de M. de Fleury à toutes les personnes qui s'intéressent à la grande question des névroses. Nous en conseillons aussi la lecture aux médecins qui exercent dans les départements où l'ail ne fait pas peur aux gens, ils ne seront pas fâchés d'apprendre qu'avec quelques gousses de ce végétal odorant on peut faire du bien à beaucoup de névropathes.

Electrologie médicale, précis thérapeutique et instrumental, 3e édition, par le Dr *A. Tripier*. Baillière, édit., 19, rue Hautefeuille, Paris.

Les ressources qu'offre l'électricité à la thérapeutique ne sont pas assez connues des praticiens. Ils se privent parfois de moyens puissants, faute de posséder une connaissance approfondie des instruments et de leur mode d'action. Les médecins qui sont dans ce cas ne peuvent pas trouver un meilleur guide que le livre du Dr Tripier, dont une troisième édition vient de nouveau consacrer le succès.

A. P.

Contribution a l'étude de la greffe dentaire, par M. *G. Bugnot*, chirurgien-dentiste des dispensaires, inspecteur des écoles de Rouen. Extrait des comptes-rendus de la Société de médecine de Rouen.

Le mot de « greffe » qu'on lit sur la couverture de cet ouvrage n'est point une enseigne mensongère, comme celle des imposteurs dont nous avons détaillé le truc. L'auteur est un travailleur consciencieux, qui connaît à fond tout ce qui a été tenté pour faire revivre une dent préalablement isolée de sa place normale; il veut prouver dans son ouvrage qu'il est possible de donner une extension plus grande à la greffe hétéroplastique, aussi bien qu'à la greffe autoplastique. Les tentatives faites à ce sujet par notre confrère sont des plus louables, mais il nous permettra de lui dire que, malgré ses avantages spéciaux la transplantation restera toujours une opération peu commune, exigeant des conditions nombreuses, difficiles à réunir. Pour le dentiste consciencieux, la greffe restera donc, en général, une

rareté opératoire, comme l'est la trépanation du crâne pour les chirurgiens. Ceci dit, au point de vue pratique, nous nous empressons de reconnaître, au point de vue de l'enseignement, que le travail de M. Bugnot sera lu avec fruit par tous les dentistes soucieux de se tenir au courant des recherches scientifiques sérieusement faites.

A. P.

Mémoires de la Société de médecine de Nancy. Compte rendu annuel par le Dr *Paul Didion*, secrétaire. Berger-Levrault, éditeur, 11, rue Jean-Lamour, Nancy.

Cet excellent recueil des procès-verbaux de la Société est riche en observations. Nous signalons plus particulièrement à nos lecteurs les communications suivantes : Luxation ancienne de la mâchoire, par M. Gross ; Application chirurgicale de la cocaïne, par M. Rohmer ; Empoisonnement par le mastic à la limaille de fer, par M. Garnier ; Nécrose du maxillaire, par M. Heydenreich.

Dictionnaire de médecine de Littré, édition populaire. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Ce dictionnaire est une véritable encyclopédie des sciences médicales : il serait plus facile de dire ce qu'il ne contient pas que d'énumérer toutes les branches du savoir humain dont il expose les principes et les applications ; la dernière édition, mise au courant des progrès de la science et de la pratique journalière, constitue à la fois un aide-mémoire pour l'étudiant, qui y trouve dans l'ordre alphabétique un résumé des matières exigées pour les concours et les examens ; un *vade mecum* indispensable au prati-

cien, qui a sous la main les principaux renseignements utiles pour l'exercice de son art; enfin, une bibliothèque médicale pour les gens du monde instruits et les savants étrangers à la médecine, qui veulent ne pas rester indifférents au mouvement scientique contemporain et connaître les merveilles de notre organisation.

Sur l'emploi de l'aimant pour l'extraction des corps étrangers métalliques de l'œil, par le *Dr Galezowski*. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'emploi d'instruments aimantés pour l'extraction des corps étrangers en fer ou en acier, qui se logent dans l'œil, est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. Par leur usage, on obtient des résultats merveilleux, dans des cas où l'intervention chirurgicale ordinaire n'aurait fait que hâter la perte de la vue. Le docteur Galezowski a été un des premiers, en France, à se servir de l'aimant pour retirer les paillettes métalliques, implantées dans les membranes internes de l'œil et jusque sur la rétine. L'ouvrage que nous annonçons est l'exposé fidèle des méthodes employées et des succès obtenus par cet éminentspécialiste.

A. P.

A. Préterre, *rédacteur en chef*, *propriétaire*.

Gérant : Roche.

EXTRAIT
DU MUSÉE DES RESTAURATIONS BUCCALES
DE A. PRÉTERRE,

APPAREILS PROTHÉTIQUES CONSTRUITS POUR LES HOPITAUX CIVILS & MILITAIRE ET POUR LA PRATIQUE CIVILE.

Bec-de-lièvre simple ou double, Gueule-de-loup, Résections partielles ou totales des mâchoires inférieure ou supérieure, Nécroses phosphorées Perforations palatines simples ou multiples, Accidents syphilitiques tertiaires, Difformités dentaires, Anomalies, etc., etc.

Tous ces appareils sont des duplicata des appareils construits pour les malades blessés ou opérés confiés à nos soins, par MM. les docteurs dont les noms suivent, et ils peuvent être divisés ainsi qu'il suit :

1° Restaurations du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur après leur ablation totale ou partielle ;

2° Obturateurs des fissures congénitales ou acquises de la voûte et du voile du palais, ne remplaçant pas seulement la substance perdue, mais rétablissant les fonctions de l'organe ;

3° Restaurations des plaies d'armes de guerre, pièces commandées par le Gouvernementfrançais pour les blessés de Crimée et d'Italie, de Chine, du Mexique et de la dernière guerre allemande ;

4° Pièces diverses dont la nature n'a pas permis le classement.

1. NÉLATON . . . Obturateur pour une fenestre palatine pratiquée pour l'enlèvement d'un polype naso-pharyngien. (*Hôp. des Cliniques.*)

2. DEMARQUAY. . Obturateur à ressort pour une division syphilitique. (*Maison municipale de santé.*)

3. RICORD.. . . . Obturateur à ressorts palmés pour division syphilitique du voile du palais. (*Hôpital du Midi.*)

5. TROUSSEAU.. . Obturateur à boule excentrique pour une perforation du voile du palais. (*Hôtel-Dieu.*)

6. VELPEAU . . . Obturateur à cage métallique pour division congénitale du voile du palais.

8. DENONVILLIERS Obturateur à cage pour division congénitale de la voûte et du voile du palais ; résection de l'os incisé et chéiloplastie ; l'obturateur est porteur de quatre dents incisives. (*Hôpital St-Louis.*)

P. BERGER.. . Restauration du maxillaire à la suite d'une nécrose.

DEBOUT. . . . Obturateur mi-rigide, mi-souple, appliqué pour division congénitale de la voûte et du voile du palais avec un plein succès chez un malade qui avait subi (1847) une opération infructueuse de staphylorraphie, par M. Roux. (*Présenté à la Société de chirurgie, le 26 juillet 1862.*)

12. MOUNIER. . . Appareil destiné à combler une perte de substance résultant d'une fracture comminutive du maxillaire supérieur, avec destruction de la portion palatine et de toute l'arcade dentaire du côté gauche, à l'exception des trois molaires du côté gauche. (*Plaie d'arme à feu. — Bataille de Magenta.*)

14. *Baron* LARREY et PERRIN. Restauration du maxillaire inférieur brisé comminutivement par une balle qui avait emporté en même temps une partie de l'arcade dentaire du côté droit. (*Présenté à l'Acad. imp. de méd. — Bataille de Magenta.*)

DESPRÈS . . . Obturateur de la voûte palatine. (*Hôpital de la Charité.*)

17. RAIZEAU. . . Appareil destiné à remplacer tout le corps de la mâchoire inférieure, détruit par une balle qui, en même temps, avait enlevé la presque totalité de la langue et rendu par là impossible la mastication et la déglutition ; ces désordres déterminaient une perte de salive et des troubles de la digestion auxquels cet appareil a également remédié. — Présenté au conseil de santé des armées. (*Hôpital du Val de-Grâce. — Bataille de Solférino.*)

18. BAYRAN. . . . Restauration de la portion droite et de l'angle du maxillaire inférieur après fracture comminutive par un coup de feu. (*Assaut de Malakoff.*)

20. LEGOUEST. . . Appareil contentif appliqué pour la destruction du maxillair inferieur et du menton par une balle. (*Val-de-Grâce.*)
Cet appareil a eu surtout pour résultat de remédier au chevauchement des dents et autres désordres, suites inévitables de la perte du maxillaire inférieur, sur la voûte palatine et sur l'arcade dentaire supérieure.
(*Bataille de Montebello.*)

22. MAISONNEUVE. Restauration d'une portion du maxillaire supérieur après son ablation.
(*Malade présenté à l'Acad. de méd. — Hôp. de la Pitié.*)

24. MICHAUX. . . . Restauration du maxillaire supérieur droit, enlevé pour une tumeur myéloïde.

26. MAISONNEUVE. Maxillaire inférieur en totalité, pour remplacer le maxillaire inférieur enlevé pour une tumeur de nature fibreuse développée dans le corps de l'os, et s'étendant de chaque côté du droit principalement. (*Présenté à l'Académie de médecine. — Hôpital de la Pitié.*)

29. BROCA. . . . . Obturateur pour une division de la voûte du voile du palais. (*Hôpital de Bicêtre.*)

30. PARISE *de Lille.* Maxillaire supérieur gauche et moitié latérale de l'ethmoïde du même côté entièrement remplacés à la suite de leur ablation nécessitée par une tumeur fibro-plastique.

36. CHASSAIGNAC. . Obturateur pour une nécrose du maxillaire supérieur avec perforation de la voûte palatine.

38. NÉLATON et SÉDILLOT. Appareil destiné à combler une double fissure palatine.
Cet appareil est porté depuis sept ans, et comme il s'agissait ici de traumatisme, les résultats ont été immédiats : nul n'eût pu soupçonner l'infirmité du malade.

44. CULLERIER. . . Obturateur pour une fissure syphilitique du voile du palais. Il offre ceci de particulier que le ressort qui soutient la fente du voile du palais est de forme entièrement circulaire. (*Hôpital du Midi.*)

45. NÉLATON. . . . Appareil pour la cautérisation de la voûte palatine.
Cet appareil a permis à M. le professeur Nélaton d'employer pour la première fois un procédé qui lui est propre pour la destruction, au moyen d'un chlorure de zinc, d'une tumeur encéphaloïde, dont l'état de dégénérescence faisait redouter l'hémorrhagie. (*Clinique de la ville.*)

46. GIRALDES. . . Obturateur de la voûte et du voile du palais, division congénitale. (*Hôpital des Enfants.*)

47. DUCHENNE *de Boulogne.* Elévateur de la langue dans un cas de paralysie de cet organe. (*Clinique de la ville.*)

48. DUNGLAS. . . . Nez artificiel pour masquer la destruction, par un cancer, de toute la partie droite de l'aile à la racine. (*Fac. de Lima.*)

50. HUGUIER. . . . Appareil appliqué sur la couverture d'un abcès du sinus maxillaire qui avait entraîné la nécrose et la destruction du sinus et de l'arcade dentaire du côté gauche. (*Hôpital Beaujon.*)

54. MICHON. . . . . Appareil pour combler la cavité résultant d'une ablation d'une portion du maxillaire supérieur pour une nécrose de cet os. (*Hôpital de la Pitié.*)

57. VALLET *d'Orléans.* Obturation pour une division congénitale de la voûte et du voile du palais.

58. BERTHERAND. . Destruction complète du nez et de la voûte palatine, légère perte de subtance de la portion moyenne du maxillaire inférieur.— Restauration mécanique de toutes ces parties. (Suite de tentative de suicide.) Présenté à la société de chirurgie, 28 avril 1863. (*Hôpital d'Alger.*)

59. LAVERAN. . . . Obturateur pour une perforation palatine avec perte des incisives par suite d'ulcération syphilitique.
(*Hôpital militaire du Val-de-Grâce.*).

60. JARJAVAY. . . Appareil construit pour un malade de son service et qui portait une fistule et une nécrose du sinus maxillaire. Cette pièce est construite sur le principe des dentiers à succion, complétement isolée des dents restantes et fixée au palais par le seul moyen d'une chambre à air. (*Hôpital Saint-Antoine.*)

61. VERNEUIL. . . Obturateur appliqué après une opération de staphylorraphie; le voile a pu être réunie en partie, et les portions dures de la voûte, séparées par un trop grand espace, n'ont pu être rapprochées, et la fermeture de l'orifice restant a nécessité l'emploi de cet appareil. (*Hôtel-Dieu.*)

63. MONOD. . . . Obturateur fenêtré avec luette articulée, appareil porté depuis 5 ans. (*Maison municipale de santé.*)

67. MALGAIGNE. . Obturateur à cage en or pour division congénitale de la voûte et du voile du palais. Cet appareil est l'un des plus élémentaires que nous ayons contruits, mais il a donné néanmoins des résultats assez satisfaisants; car nous n'avons pu obtenir du malade qu'il fût remplacé par un plus perfectionné. (*Hôpital Beaujon.*)

120. LANGENBECK *de Berlin*. Modèle d'une pièce exécutée pour un malade auquel on avait pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur dans sa totalité à la suite d'un cancer de cette région.

121. GOFFRES. . . Appareil rétablissant la symétrie de l'arcade dentaire inférieure détruite par une tentative de suicide. La figure de cet appareil représente une arcade dentaire supplémentaire et appliquée extérieurement à l'arcade dentaire restante et rétrécie de plus d'un tiers par la blessure. (*Hôp. mil. de Vincennes.*)

122. GOFFRES. . . Appareil pour remédier à la perte des 6 dents antérieures de la mâchoire supérieure et d'une portion de l'os incisif emportée par un coup de pied de cheval. (*Même hôpital.*)

123. HARDY. . . . Obturateur pour division congénitale du voile du palais.—Sujet déjà opéré par M. Roux.

124. MARJOLIN. . . Obturateur du voile du palais, seule division congénitale sur un sujet âgé de 11 ans. (*Hôp. des enf. mal. Ste-Eugénie.*)

125. SIMPSON *d'Édimbourg*. Obturateur pour une division très-large de la voûte et du voile du palais.

130. GOSSELIN. . . Obturateur après staphylorraphie ; le voile seul ayant pu être réuni. (*Hôpital Cochin.*)

131. RICHET. . . . Nez artificiel; accidents syphilitiques. (*Hôpital de la Pitié.*)

138. BOUCHUT. . . Obturateur pour une division d'origine syphilitique de la voûte et du voile, simulant par sa disposition une division congénitale chez une petite fille de 11 ans.

Nous avons pu faire profiter cette enfant de la disposition nouvelle de nos appareils, que nous appliquons aux cas congénitaux. (*Hôpital Sainte-Eugénie.*)

142. CUSCO. . . . Appareil destiné à combler la perte de substance résultant de l'ablation d'une portion du maxillaire supérieur suite de nécrose. Cet appareil est en place depuis six ans. (*Hôpital de la Salpétrière.*)

150. CALVO. . . . Appareil à voile mobile pour une nécrose syphilitique d'une portion antérieure du maxillaire supérieur, obturant deux cavités dans la voûte palatine et une fissure dans le voile du palais. (*Dispensaire spécial de la cité Trévise.*)

151. VELPEAU. . . Nez artificiel.

152. JOBERT DE LAMBALLE. Appareil contentif à la mâchoire supérieure et maxillaire artificiel pour remédier aux suites d'une ablation de cet os du côté gauche.

Les collections sont soumises à l'examen de MM. les Chirurgiens et Médecins de 4 à 5 heures tous les jours, le dimanche excepté.

En prévenant à l'avance, on pourra voir des sujets porteurs des appareils.

A. PRÉTERRE, 29, boulevard des Italiens, Paris.

OUVRAGES DE M. PRÉTERRE.

Les dents. 16e édition, considérablement augmentée et enrichie de 139 gravures. 1 vol. in-18, broché 1 fr. 25, relié 2 fr. 25.

De l'emploi du protoxyde d'azote pour extraire les dents et pratiquer les opérations dentaires sans douleur. In-8°, 8e édition, 1 fr.

Recherches sur les propriétés physiques et physiologiques du protoxyde d'azote liquéfié. In-8°, 1 fr.

Conseils aux personnes qui ont perdu des dents. In-18, 1 fr.

Des élixirs et poudres dentifrices. Leurs inconvénients. Notice sur la poudre et l'élixir Préterre. In-32, 1 fr.

De la première et de la seconde dentition. Conseils aux mères de famille. In-32, 1 fr.

Traité des divisions congénitales ou acquises de la voûte du palais et de son voile. 1 vol. in-8 illustré de 97 gravures, [illegible] fr.

Musée des restaurations buccales. Un album in-folio illustré de magnifiques planches gravées sur acier d'après nature, 50 fr. (En préparation.)

L'art dentaire. 29 vol. in-8°, 10 fr. le vol. (Cette collection comprend les observations détaillées des malades confiés à M. Préterre par MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux de France et de l'étranger, et la descri[illegible] illustrée des appareils construits pour les diverses lésions de la bouche.)

[illegible] se trouvent au bureau de l'*Art dentaire*, 29, boulevard des Italiens. — Ils sont expédiés franco en échange d'un mandat ou de timbres-poste français.

PRINC[illegible]COMPENSES DÉCERNÉES A M. PRETERRE.

MÉDAILLE UNIQUE 1855

(Prothèse.)

A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE PARIS.

GRANDE MÉDAILLE D'HONNEUR 1862

A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE LONDRES

GRAND PRIX DÉCERNÉ EN 1863

PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

MEDAILLE D'OR (UNIQUE) 1867

A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE PARIS.

CIPLOME ET MÉDAILLE D'HONNEUR 1870-71

POUR SOINS DONNÉS AUX BLESSÉS.

MÉDAILLE D'OR (UNIQUE) 1878

A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE PARIS

Paris. — Imprimerie L. Baudoin et Ce rue Christine, 2.